Rok XXXVII. Kraków 30. Kwietnia 1898. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

II. Morderstwo przez ucięcie głowy.

Były litograf R..., uchodzący za niezupełnie umysłowo zdrowego i nawet oddany na czas jakiś do zakładu obłąkanych Villejuif, nie zdołał po wyjściu stamtąd zarobić na utrzymanie swej rodziny, wskutek czego opuściła go żona, zdobywając chleb dla siebie i dzieci, jako modelka. R., pojawiał się od czasu do czasu w mieszkaniu żony, wzywając ją do powrotu i grożąc jej w razie odmowy śmiercią. Nakoniec 27 listopada r. z., po kilkogodzinnem oczekiwaniu na ulicy, przyłączył się do żony, wracającej do domu i w jej mieszkaniu zamordował ją brzytwą, ukrytą poprzednio w rękawie, poczem sam oddał się w ręce władzy.

Protokół sekcyi, której byłem świadkiem, przytaczam wraz z orzeczeniem dosłownie, jako przykład form, używanych we Francyi, których zalety i wady łatwo ocenić.

„Podpisany Dr. J. Socquet, wykonując zarządzenie p. Bertulus, sędziego śledczego trybunału I instancyi dep. Sekwany, opiewające: ... (tu następuje treść wezwania), przystąpił, po złożeniu przysięgi, do oględzin zwłok w dniu 1 grudnia 1897 r.

Są to zwłoki kobiety średniego wzrostu, których głowa została zupełnie oddzieloną od tułowia. Linia cięcia biegnie wogóle poprzecznie, od niej rozchodzi się jednak kilka rozgałęzień, świadczących, że cięto na kilka zawodów; stos pacierzowy przecięty pomiędzy 5 a 6 kręgiem szyjnym. Na przedniej powierzchni kręgosłupa, o 1 ctm. poniżej głównego cięcia, oddzielającego głowę od tułowia, znajduje się drugie po-





przecznie biegnące nacięcie, sięgające w głąb trzonu szóstego kręgu szyjnego, mniej więcej na 2 do 3 milimetrów.

Chrząstka tarczykowa kilkakrotnie przecięta.

Na głowie znajduje się cięcie pionowe, wzdłuż tylnego brzegu ramienia pionowego żuchwy, zaczynające się pod płatkiem ucha prawego, okrążające w dalszym ciągu podbródek na granicy szyi i kończące się o 2 ctm. poniżej płatka ucha lewego. Nieco poza lewem uchem znajduje się rana cięta, pionowa, sięgająca do kości, długa 9 ctm. Trzy ctm. z tyłu poza uchem prawem, druga podobna rana prostolinijna, pionowa, długości 7 ctm. Na skroni lewej siniec, jako taki przez nacięcie stwierdzony, mierzący w średnicy 4 ctm.

Wzdłuż pochewki tętnicy szyjnej (carotis) prawej, lekkie podbiegnięcie krwawe.

Ręce. Na przedniej (dłoniowej) powierzchni palca wielkiego ręki prawej znajduje się rana cięta, prostolinijna, sięgająca aż do kości. Na grzbietowej powierzchni pierwszej i drugiej falangi wskaziciela prawego ranka cięta, prostolinijna, długości 2 ctm. Na grzbietowej powierzchni średniego palca ręki lewej mała ranka cięta.

Na dłoniowej powierzchni wielkiego palca ręki lewej mała powierzchowna ranka cięta.

Zresztą zewnętrznie nie widać na zwłokach innych obrażeń.

Kości czaszki całe. Opony mózgowe blade, mózg i móżdżek bez zmian.

Brzegi rany na szyi nie są podbiegnięte krwią.

Pod opłucną, pokrywającą płuca, kilka drobnych wybroczyn. W szczytach płuc nieliczne gruzełki, obfitsze po stronie lewej, niż po prawej. Zresztą miąższ płuc blady, innych zmian nie przedstawia. Serce próżne; narząd zastawkowy prawidłowy. Żołądek próżny i przedstawia się podobnie jak wątroba, śledziona i nerki prawidłowo. Jelita i narząd płciowy bez zmian.

Wnioski: 1) Przyczyną śmierci jest krwotok i obrażenie rdzenia pacierzowego, będące skutkiem zupełnego przecięcia szyi.

2) Te obrażenia, znalezione na zwłokach, są sprawione zapomocą narzędzia ostrego, którem mogła być brzytwa.

3) Obrażenia, znalezione na rękach, powstać mogły pod działaniem tego samego narzędzia, w chwili, gdy ofiara usiłowała zasłonić się przed ciosami mordercy".

Przypadek ten stanowi istotne „curiosum". Znane są wprawdzie morderstwa, a nawet, co ciekawsza, samobójstwa przez poderznięcie szyi, sięgające bardzo głęboko; u zamordowanych znajdowano nawet prawie zupełne odcięcie głowy. I tak Hoffmann[1]) wspomina o dwojgu z trojga dzieci, zamordowanych przez szaleńca, alkoholika, częścią uderzeniami siekiery, częścią przez poderżnięcie szyi, u których głowa trzymała się tylko na częściach miękkich karku. W naszem spostrzeżeniu ofiarą była jednak osoba dorosła, u której tem trudniej było dokonać zupełnego ucięcia głowy, że morderca użył narzędzia stosunkowo małego i łamliwego, to jest brzytwy. Tem też prawdopodobniejszem stawało się przypuszczenie, że morderca działał w przystępie szaleństwa, za czem przemawiały, oprócz gwałtowności, z jaką czynu swego dokonał, także liczne cięcia dodatkowe, jak gdyby morderca chciał pastwić się jeszcze nad swą ofiarą. Wprawdzie przypadek, oceniany niedawno przez Wydział lekarski Uniw. Jag.[2]) dowodzi, że nawet istotne rozkawałkowanie zwłok[3]) nie stanowi pewnej wskazówki, iż czynu dokonał szaleniec, jednakże najczęściej zbrodnie obłąkanych odznaczają się szczególnem okrucieństwem. Z drugiej zaś strony okoliczności, towarzyszące zbrodni, groźby, które R... wielokrotnie przed czynem wygłaszał, z góry podjęte przygotowania, świadczące o obmyśleniu szczegółów zamachu, wreszcie dobrowolne oddanie się w ręce sprawiedliwości, naprowadzały sąd na myśl, że zbrodniarz nie był w chwili czynu umysłowo chory, ponieważ tego rodzaju zachowanie się przed i po czynie nierównie rzadszem jest u szaleńców, niż u zdrowych umysłowo morderców. Ponieważ przytem mordercą był człowiek, wypuszczony niedawno z zakładu obłąkanych, jako „wyleczony", przeto, wobec wszystkich tych wątpliwości zarządził sąd zbadanie stanu umysłowego obwinionego. Badanie to dowiodło, że R... jest istotnie umysłowo chory, usuwając odrazu trudności, jakieby w przeciwnym razie ocena stanu umysłowego mordercy w chwili czynu nasunąć mogła.

Drowi Socquetowi składam uprzejme podziękowanie za opis oględzin zwłok i fotografie, które mi oddał do rozporządzenia.

II. Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniążka dla chorób krtani, gardła i nosa

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

zestawił

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent uniwersytecki oddziału.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek twardzieli, gdzie obok zwężenia w krtani, było również zwężenie w tchawicy i oskrzelach głównych. Przypadek ten spostrzegany był od roku 1895 w różnych odstępach czasu; w r. 1896, zauważono zaraz po wykonaniu tracheotomii brak poprawy w oddechaniu, a lejkiem tchawicznym zobaczono zwężenie w dolnej części tchawicy od strony prawej; usunięto wówczas łyżeczką ostrą części zwężające światło tchawicy, a po uzyskaniu poprawy w zwężeniu krtani, wypisano chorego z kaniulą, po blizko dwumiesięcznem leczeniu. W roku 1897 przyszedł chory znowu z objawami utrudnionego oddechania, mimo kaniuli. Lejkiem tchawicznym stwierdzono zwężenie okrężne w dolnej części tchawicy, głównie od strony prawej i tylnej, z otworem kształtu nieregularnego, wielkości małego grochu; przez otwór ten nie można było dojrzeć podziału tchawicy. Pod kontrolą wzroku, przy użyciu lejka, wyskrobano dokoła naciek, zajmujący okrężnie ściany tchawicy i założono kaniulę elastyczną Pieniążka Nr. 18, potem Nr. 20 skali angielskiej i tę chory nosił przez przeszło trzy tygodnie; a gdy światło tchawicy zdawało się być dostatecznie szerokie, dano kaniulę zwykłą. Mimo jednak tych zabiegów chory nie oddychał swobodnie, a badanie przysłuchem, podjęte zaraz z początku, wskazywało na zwężenie oskrzela lewego. Zapomocą lejka stwierdzono, iż klin podziałowy tchawicy jest znacznie zgrubiały; wejście do prawego oskrzela nieźle widoczne, było nieco zwężone przez wspomniane zgrubienie klina, a nadto przysłonięte od zewnątrz przez naciek, zajmujący dolną część tchawicy powyżej miejsca odejścia oskrzela; wejścia do lewego oskrzela dojrzeć nie można było. By uzyskać rozszerzenie oskrzela prawego, wyskrobano pod kontrolą wzroku naciek ze strony wewnętrznej oskrzela i klinu podziałowego, zostawiając znowu choremu kaniulę elastyczną. Po kilku dniach wyskrobano ze wszystkich stron oskrzele lewe, a następnie zaczęto systematyczne rozszerzanie oskrzeli zapomocą kateterów angielskich. Kateter Nr. 15 z mandryną, przy założonym lejku i odpowiednem nachyleniu się chorego, wchodził bardzo łatwo do oskrzela prawego, trudniej już do lewego; w końcu jednak, gdy już przez dłuższy czas wchodził do prawego oskrzela kateter Nr. 16, ten sam numer dał się wprowadzić i do oskrzela lewego, zawsze jednak w tem ostatniem napotykał na opór, mający przyczynę częściowo w zgrubieniu ściany bocznej tchawicy, powyżej wejścia do oskrzela, częściowo zaś w zgrubieniu klina. Wyskrobano tedy naciek ze ściany bocznej tchawicy i prowadzono dalej rozszerzanie oskrzeli. Po dwumiesięcznem rozszerzaniu zyskano tak wyraźną poprawę, iż w celu zapobieżenia ciągłemu zasychaniu wydzieliny w tchawicy, przystąpiono do leczenia zwężenia w krtani, względnie w jej przedsionku; przypalono galwanokauterem w przedsionku boczną ścianę po stronie lewej, wynik był bardzo dobry, gdyż chory już w kilka dni później, mógł przebywać, nawet w nocy, z kaniulą, przytkaną koreczkiem. Gdy strupy, powstałe z zastosowania galwanokauteru, odpadły, zaczęto rozszerzanie krtani rurkami kauczukowemi Schröttera z większem zakrzywieniem. Chory znajduje się jeszcze obecnie w leczeniu; szmery oddechowe w okolicy wnęki płuc są prawidłowe. Jednak nawet po zupełnem poprawieniu zwężenia krtani usunięcie kaniuli nie byłoby praktycznem, ze względu na zmiany w tchawicy i oskrzelach, póki po dłuższej kontroli nie nabranoby przekonania, o trwałem usunięciu zmian w wyżej wspomnianych częściach. Wynik leczenia

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Wydanie VI. 1893. str. 393.

[2]) Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydz. lek. Uniw. Jag. „Przegląd lekarski, 1897. (Sprawa Paraski N.).

[3]) Sprawę tę opracował wyczerpująco Sieradzki („Przegląd lekarski" 1896).

w tym przypadku był na razie bardzo zadowalniający, czy jednak na długo zyskaliśmy poprawę, trudno poręczać ze względu na przyrodę sprawy chorobowej. Przecież zawsze w przypadkach tego rodzaju nie pozostaje nic innego, jak energiczne zastósowanie zabiegu chirurgicznego, by, chroniąc chorych od niechybnego uduszenia się, zyskać miejsce do rozpoczęcia systematycznego rozszerzania.

Przypadków zwężeń krtani po przebytym dławcu, mieliśmy siedm. Z tego w dwóch przypadkach nie wykonano tracheotomii, a przyczyną zwężenia były zgrubienia podwięzadłowe, które raz już w krótkim czasie usunięto po zakładaniu tubusów Pieniążka (w górze na przekroju trójkątnych); inny przypadek, który już w chwili przyjęcia okazywał objawy gorączki, zakończył się po kilku dniach śmiertelnie, z powodu obustronnego zapalenia płuc. W innych pięciu mieliśmy tracheotomię zrobioną: raz przyczyną niemożności usunięcia kaniuli była ziarnina, usadowiona odpowiednio do okienka kaniuli pod kątem przednim, obok obrzmień okolicy podwięzadłowej. Po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką przez otwór tracheotomijny, założono następnie na kilka dni tamponik z gazy jodoformowej i zyskano o tyle na rozszerzeniu światła okolicy podwięzadłowej, iż chory z kaniulą przytkaną korkiem, oddychał swobodnie. Ponieważ jednak obrzmienie podwięzadłowe wracało, usunięto kaniulę i założono tubus trójkątny, początkowo mniejszy, potem większy, który chory nosił przez dni 11, a wyleczony w końcu ze zwężenia, opuścił szpital.

W dwóch przypadkach, gdzie obok zgrubień podwięzadłowych, było, wskutek blizny na tylnej ścianie, ściągnięcie chrząstek nalewkowych, do ustawienia się fonacyjnego, gdy sposobem rozszerzania tamponikami nie można było uzyskać dostatecznego światła, by módz kaniulę usunąć, podjęto laryngofisurę, wycięto zgrubienia podwięzadłowe, a bliznę na tylnej ścianie przecięto. Przecież następowo potrzeba było jeszcze przez dłuższy czas stósować rozszerzanie, obok przypalenia galwanokauterem wyniosłości na ścianach bocznych, tworzących się na granicy okienka kaniuli. Mozolne i wymagające wiele cierpliwości ze strony lekarza leczenie zostało uwieńczone skutkiem pomyślnym; w jednym z tych przypadków, po usunięciu kaniuli, założono jeszcze na kilka dni tubus trójgraniasty, a gdy przetoka tchawiczna zarosła, chory wyszedł wyleczony. W drugim przypadku, lubo chora, obserwowana po dekaniulacyi przez dłuższy czas, oddychała zupełnie swobodnie, przecież ze względu, iż pod kątem przednim i częściowo od boków z przodu pozostały wyniosłości, nie zeszywano przetoki tchawicznej, chorą zaś wypisano, by po dłuższej przerwie módz się przekonać, czy ewentualnie nie wytwarza się na nowo zwężenie. Według zasiągniętych wiadomości, co do tego przypadku, chora już od blisko pół roku oddycha bardzo dobrze, niewątpliwie więc rodzice jej zgłoszą się kiedyś, by dziecku zaszyć przetokę tchawiczną.

W innym przypadku przyczyną zwężenia była okrężna blizna po nad okienkiem kaniuli, obok zupełnie dobrej ruchomości strun głosowych. U tej chorej, obok rozszerzania, stósowano również leczenie galwanokauterem; chora, leczona następnie ambulatoryjnie, oddycha z przytkaną kaniulą, pozostaje jednak nadal w leczeniu, z powodu wytworzenia się blizny sierpowatej od bocznej ściany, po stronie lewej i od tyłu, co przeszkadza dekaniulacyi; wreszcie u tej chorej mamy również klinowatą wyniosłość, odpowiednią tylnej płycie chrząstki obrączkowej, co także stać będzie na przeszkodzie usunięcia kaniuli.

Wreszcie ostatni przypadek zwężenia po dławcu, leczony jest, od przeszło pięciu lat, naprzemian, to w szpitalu to ambulatoryjnie. Gdy już nastąpiła poprawa, chory usunął się na dłuższy czas z pod obserwacyi, a przy zgłoszeniu się ponownem, stwierdzono zupełne zarośnięcie krtani; w tyle od dołu widać było ślepo kończący się dołeczek. Wykonano tedy u chorego laryngofisurę, wycięto bliznowatą tkankę możliwie najdoszczętniej, by uzyskać komunikacyę między tchawicą a wejściem do krtani. Utrzymywanie jednak sztucznie wytworzonej szpary głosowej, napotyka znaczne trudności, głównie ze strony chorego, który zaniedbuje leczenia ambulatoryjnego, a trzymać go ciągle w szpitalu znowu niepodobna. Przecież nie tracimy nadziei, iż trud nasz wynagrodzi wyleczenie jego z kalectwa, to jest uwolni od noszenia kaniuli, chociaż głos chorego będzie wiele pozostawiał do życzenia.

Oprócz zwężenia oskrzeli, z powodu twardzieli, obserwowaliśmy nadto jeszcze dwa inne przypadki zwężenia oskrzeli, w których przyczyną zwężenia był ucisk.

W jednym z tych przypadków, który dotyczył młodej dziewczyny, dowiedzieliśmy się z wywiadów, iż przed kilku miesiącami przebywała zapalenie opłucnej, po czem zaczęła uczuwać duszność, która w ostatnich czasach wzmogła się, występując silnie, nawet już przy wykonywaniu najlżejszej pracy. Mogliśmy tylko zwierciadełkiem stanowczo wykluczyć ażeby zwężenie krtani, względnie tchawicy, które okazały się bez zmian, było przyczyną duszności; w głębi zaś oskrzeli nie wiele można było dojrzeć. Oglądanie klatki piersiowej wykazało zupełną nieruchomość prawej jej połowy, z wypukiem zupełnie czczym, ze słyszalnymi, lubo osłabionymi, szmerami oddechowymi, wydechem przedłużonym, a w okolicy wnęki z wyraźnymi objawami przysłuchowymi zwężenia oskrzela. Ucisk polegał tu prawdopodobnie na powiększeniu gruczołów śródpiersia, przypuszczalnie na tle gruźliczem; tak również możnaby tłómaczyć przebyte zapalenie opłucnej; chora po kilku dniach usunęła się z pod obserwacyi, jednorazowe badanie bardzo skąpych plwocin nie wykazało prątków gruźliczych.

Przypadek drugi był obserwowany klinicznie zaledwo kilkanaście godzin, gdyż już w sam dzień przyjęcia, a względnie przeniesienia go z oddziału wewnętrznego, pod wieczór, zakończył się śmiertelnie. Chora, licząca lat 38, zastaliśmy w stanie zapadu z objawami zwężenia oskrzela i to, jak badanie okolicy wnęki płuc wykazało, lewego. Wypukiem nie można było stwierdzić nic nieprawidłowego; w źwierciadle krtaniowem widzieliśmy jedynie przyleganie do ścian tchawicy zaschłej krwawej wydzieliny, obok licznych wynaczynionek w samej błonie śluzowej. Ciepłota chorej była poniżej prawidłowej. Z wywiadów, zanotowanych w oddziale wewnętrznym, dowiedzieliśmy się, iż chora skarżyła się już od pięciu miesięcy na ciągle zwiększającą się duszność. Rozpoznanie kliniczne było zupełnie niejasne. Nekroskopia, wykonana dnia następnego osobiście przez prof. Browicza, wykazała pierwotną gruźlicę gruczołów chłonnych na szyi, po stronie lewej, w śródpiersiu tylnem i poza otrzewną, oraz zropienie gruczołów około wnęki i uciśnięcie oskrzela lewego.

Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli była pokryta nalotami wypociny włóknikowej, obok licznych wynaczynień, zresztą obraz rozlanego ropnego zapalenia oskrzeli. Z narządów wewnętrznych, nerki okazywały zmiany zwyrodnienia tłuszczowego i to wysokiego stopnia. Niewątpliwie przyłączenie się sprawy zapalnej w błonie śluzowej oskrzeli, przyśpieszyło śmierć chorej, już i tak schorzałej długotrwałem cierpieniem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O syringomyelii.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 23. marca 1898).

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Tyle co do stosunków anatomicznych i patogenezy w syringomyelii.

Objawy kliniczne [1]), które występują w przebiegu sprawy anatomicznej syringomyelii, przemawiają za zajęciem równocześnie przednich i tylnych części rdzenia pacierzowego w różnym stosunku. Uwzględnić nam tu jednak należy tylko syringomyelię w ścisłem słowa znaczeniu, t. j. sprawę chorobową, odznaczającą się obecnością jam w rdzeniu pacierzowym. Ze stanowiska bowiem anatomopatologicznego odróżniamy od syringomyelii poszczególną postać t. zw. „hydromyelus“, t. j. przypadki, gdzie, wskutek wady utworowej lub zaburzeń w krążeniu, kanał środkowy rdzenia ulega jednostajnemu rozszerzeniu. Zazwyczaj też warstwa istoty szarej rdzenia, granicząca z kanałem środkowym, jest tylko jednostajnie uciśniętą i dlatego brak wszelkich objawów klinicznych, a nawet wtedy, gdy pierwiastki nerwowe istoty szarej rdzenia, wskutek powolnego rozszerzania się jamy kanału środkowego, powoli zanikają, zaburzenia czynnościowe, stąd powstające, wyrównują się na pewien czas, wskutek działania zastępczego utrzymanych jeszcze części istoty szarej rdzenia pacierzowego, które na siebie przyjmują rolę komórek zanikających. W innych przypadkach objawy kliniczne „przy hydromyelus“ są równorzędne z objawami klinicznymi przy syringomyelii.

Jeśli sprawa chorobowa, jak zazwyczaj, wychodzi z okolicy kanału środkowego w części szyjnej rdzenia i zajmuje istotę szarą tylnych rogów, to występują w zakresie górnych kończyn zaburzenia w czuciu ciepła i bólu (Thermanasthaesia i Analgesia), podczas gdy czucie dotyku i mięśniowe względnie bywa nieznacznie upośledzone. Zjawisko to łatwo wytłómaczyć, skoro zważymy, że włókna przewodzące czucie dotyku (Tastfasern) i czucie mięśniowe stanowią główną część składową tylnych sznurów rdzenia pacierzowego (Galla), podczas gdy czucie ciepła i bólu przewodzą komórki zwojowe znajdujące się (Schiff) w tylnych rogach istoty szarej rdzenia. Zatem sprawa, która z początku głównie zajmuje istotę szarą tylnych rogów, będzie głównie powodowała zmiany w przewodnictwie czucia ciepła i bólu, a więc w pierwszej linii powodowała t. zw. analgezyę i termanaestezyę.

Również i na podstawie dzisiejszych wiadomości o przebiegu szlaków dla nerwów naczynioruchowych, łatwo przyjąć, że zanik istoty szarej rdzenia pacierzowego powoduje zboczenia naczynioruchowe. Są zatem w przebiegu syringomyelii różnorodne zaburzenia odżywcze, naczynioruchowe i wydzielnicze skóry i tkanek, jak n. p. pęcherzyca, odleżyny, zapalenia tkanki podskórnej kończyn, powodujące zniekształcenie rąk jakby przy trądzie (lepra mutilans). W niektórych przypadkach syringomyelia przebiega głównie tylko wśród zapaleń głębokich palców u rąk, połączonych z zupełnem znieczuleniem na ból i ciepło, a chorobowa ta postać kliniczna znaną jest pod nazwą „Mbs. Morvani“.

I wydzielanie potu jest nieprawidłowe; odruchy skórne różnie się zachowują (od podniesionych do zniesionych). Często dołączają się do obrazu klinicznego zaburzenia ze strony pęcherza, odbytnicy tudzież niezborność ruchów.

Powyższe objawy świadczą o zajęciu tylnego spoidła i tylnych rogów, a poniekąd i części tylnych sznurów rdzenia pacierzowego; zawsze dołączają się i zmiany przemawiające za zajęciem i przednich rogów. Mięśnie kończyn górnych, a później i dolnych, ulegają zanikowi, przez co wytwarza się obraz t. zw. zaniku postępowego mięśni (atrophia progressiva musculorum spinalis). W miarę rozszerzenia się sprawy chorobowej na poprzek rdzenia zmienia się i obraz chorobowy, zależnie od tego, czy więcej szlaki pyramidalne, czy też tylne sznury zostają uciśnięte. W pierwszym przypadku występują objawy t. zw. spastyczne, jak przy zwyrodnieniu sznurów bocznych (sclerosis lateralis), ale ze zmianami czuciowemi; w drugim przypadku przychodzi do zniesienia poczucia dotyku i czucia mięśniowego, których względna nienaruszalność, z wybitnem od samego początku brakiem poczucia ciepła i bólu, stanowiła pierwotnie rażące przeciwieństwo.

Jeżeli sprawa chorobowa rozszerza się ku górze, to dołaczają się do obrazu klinicznego objawy, przemawiające za zajęciem opuszki rdzenia przedłużonego (porażenie języka, jądra n. twarzowego, odwodzącego (abducens polyuria etc.).

Z tego wynika, że obraz kliniczny przy syringomyelii różnie się przedstawia, a i postawienie rozpoznania napotyka na niejedną trudność. W miarę usadowienia się sprawy chorobowej, zależnie od tego czy zmiany czucia, czy zaniku mięśniowego występują na pierwszy plan, w pierwszym przypadku obraz chorobowy będzie przypominał wiąd rdzenia pacierzowego, w drugim zaś postępowy zanik mięśni (atrophia musculorum progressiva spinalis). W innych przypadkach przebiega syringomyelia pod postacią kliniczną „sclerosis lateralis amyotrophica“ lub „paralysis bulbaris“. Jeśli zaś chodzi o rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku jest rzeczywiście syringomyelia, to kryteryum stanowi zbiór objawów, które cechuje zajęcie istoty szarej rdzenia pacierzowego w okolicy tylnych rogów, a przedstawiają się pod formą porażeń czucia, jako termanestezya i analgezya, obok zaburzeń naczynioruchowych i zaników mięśniowych. Rozumie się, iż zawsze rozpoznanie tylko z pewnem zastrzeżeniem może być uczynione. Podobny bowiem obraz może przedstawiać i guz rdzenia pacierzowego, atoli tu objawy chorobowe szybko występują, podczas gdy w syringomyelii trwają całe lata.

[1]) Leube. Diagnose der inneren Krankheiten 1895.

W przypadku, który dziś przedstawiłem, syringomyelia tuszowana jest objawami mięśniowego zaniku postępowego rdzenia.

Na zakończenie opisu objawów klinicznych, spotykanych w syringomyelii, należy mi zwrócić uwagę na cechującą niekiedy łódkowatą postać klatki piersiowej (thorax en bateau), jak to na dziesięć przypadków Astier [2]) i Marie zauważyli 4 razy, a Kiennböck [3]) na 4 przypadki, 2 razy, — tudzież na częste występowanie skrzywienia kręgosłupa (scoliosis).

Wreszcie nie mogę pominąć milczeniem, iż mojem zdaniem syringomyelia i w naszym kraju częściej się pojawia niż dotychczas sądzono i, że tylko z powodu niezbyt dokładnego badania, przypadki pojedyncze uchodziły naszej uwagi. Przemawia za tem przypadek opisany w *Przeglądzie lekarskim* przez kol. Prusa [4]), który miał przebiegać pod postacią kliniczną choroby Morwana; wynika to i z analogii z częstem względnie pojawieniem się przypadków syringomyelii na klinice Schröttera w Wiedniu, gdzie w ciągu 3-ch lat ostatnich Schlesinger [5]) spostrzegał 20 przypadków, a w m. styczniu roku bieżącego Kiennböck [6]) przedstawił na posiedzeniu lekarskiego klubu wiedeńskiego z tejże kliniki cztery przypadki syringomyelii.

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

Podczas gdy nauka lekarska prawie z dniem każdym wzbogaca się zdobyczami, poczynionemi przez najmłodsze, lecz szybko rozwijające się gałęzie wiedzy, jako to: bakteryologię, organoterapię, toksykologię itd., umysł ludzki z ciekawością chwyta w lot wszystko, co w tym względzie usłyszy lub przeczyta, pokrywając niejako cieniem zapomnienia stare zasadnicze prawa nauk podstawowych, któremi niejednokrotnie całkiem się nie zajmował od ławy uniwersyteckiej. A przecież nauki te rozwijają się ciągle, a prawa ich ulegają pewnym przeobrażeniom, których treść nie tak łatwo może każdemu dostępna, lecz niemniej ważna ze względów ogólno-lekarskich. Fizyologia nerwów n. p. i specyalnych zakończeń obwodowych, czyli zmysłów, stoi w tak ścisłym związku z nauką praktyczną, iż jej nie godzi się traktować po macoszemu; wszakże działy te, a szczególnie fizyologia zmysłów, są nawet przeważnie dziełem praktyków i wynikiem spostrzegania klinicznego, z którymi każdy przeciętny lekarz bodaj w zarysie powinien być zaznajomionym, bo na szczegóły wszechstronny rozwój dzisiejszy wiedzy pozwolić nie może. W NNrach 10, 11, 12 *Przeglądu lekarskiego* podaliśmy łaskawym czytelnikom krótki rzut oka na naukę o zmysłach nadliczbowych; obecnie w formie treściwych wyciągów pragniemy ich zapoznać z tem, co w ostatnich czasach za wspólną pracą teoretyków i praktyków. ogłoszono nowego z dziedziny fizyologii zmysłów, a przedewszystkiem z dziedziny, obchodzącej najwięcej lekarza, — nauki o wzroku i czuciu skórnem.

1) M. v. Frey: **Przyczynek do fizyologii skóry.** (*Ber. d. ges. d. Wiss. Leipzig. Math. phys. Classe. S. 462*).

Zarówno dla fizyologa jak i dla internisty i neuropatologa ważnemi i ciekawemi były i są zawsze prawa, określające normę funkcyj zmysłu czucia, i chorobliwego ich zwyrodnienia. Otóż w sprawie jednego z takich „czuć“, a mianowicie w sprawie „czucia ucisku“, obchodzącej niemniej fizyologię zmysłów, jak i kliniczną estezyometryę, literatura naukowa znowu wzbogaconą została o kilka interesujących szczegółów. Jak wiadomo, trudno sobie wyobrazić dotknięcie bez pewnego ucisku, a w nauce panowało z powodu tego zamięszanie pojęć „czucia dotykowego“ i „czucia uciskowego“, mających być, zdaniem dawniejszych fizyologów i psychologów, skutkiem podrażnienia zupełnie tożsamych (identycznych) zakończeń nerwowych. Bliższe badania i samospostrzeżenia (autoobserwacye) przechyliły w ostatnich czasach sprawę na stronę obozu, uznającego dwa odrębne czucia, a wśród ścisłych badań klinicznych zaczęto używać po wszystkich zakładach neurologicznych obok termestezyometru Nothnagla, algesimetru Björnsona i estezyometru lokalizacyjnego Sievekinga, także barestezyometru Eulenburga, lub igły Bonnisa, a przynajmniej starej, choć niedokładnej metody Webera. Do rzędu tych przyrządów ścisłych przybyła w ostatnich czasach delikatna dwuramienna waga słomkowa Freya. Zapomocą tego czułego przyrządu autor oddawna już badał najmniejsze zboczenia w zakresie czucia; przed kilku miesiącami zaś podał ciekawe wyniki doświadczeń, wykonanych w celu wyjaśnienia, czy wrażenia, wywołane przez ucisk i przez pociąganie lub szarpnięcie, są tożsame i jakim ulegają prawom. Z całego szeregu interesujących danych podnieść tu możemy, dla braku miejsca, tylko tyle, że obie kategorye wymienionych czuć umiejscowiają się w tych samych punktach dotykowych, odpowiadających pojedyńczym zakończeniom nerwowym; że każdej deformacyi pierwiastków tkaninowych, wywołanej przez ucisk, odpowiada równoczesna deformacya o odwrotnem napięciu w partyach sąsiednich skóry tak iż w pewnych granicach, ucisku od pociągnięcia odosobnić i rozróżnić nie jesteśmy w stanie; że wreszcie obie te kategorye czuć dopiero wtedy rozróżnić się dadzą, gdy obszar drażnionej skóry, oraz częstość i siła podrażnienia, osięgną pewne wartości liczebne, oznaczone bliżej przez autora.

W pracy Freya znajdzie fizyolog wyjaśnienie, według dopiero co wymienionego prawa, spornych zapatrywań dotychczasowych; klinicysta zaś opis przyrządu, łatwo dającego się zrobić, a nadzwyczaj czułego i ścisłego. Ktokolwiek nie będąc nawet specyalistą, rzucił choć raz okiem z jednej strony na skrupulatne i ścisłe badania Freya, a z drugiej strony na szemata, jakich używają uczniowie Charcota w Salpetrière, lub choćby na szemat zmian czuciowych w chorobie Morvana w dziele rozpowszechnionem Biederta, musi mimowoli zainteresować się postępem techniki lekarskiej i przyklasnąć każdemu wynalazkowi, wzbogacającemu metodykę rozpoznawczą, mogącą prowadzić z czasem do odkrycia nowych zjawisk, lub objaśnienia znanych objawów. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Dr. Sprunck (Utrecht): **O korzystnym wpływie ogrzewania surowicy przeciwbłoniczej na przypadłości, występujące po leczeniu surowiczem.** (*La Semaine médicale*, Nr. 21). Spostrzeżenia na zwierzętach wykazały, że końska surowica fizyologiczna wywołuje u bydła rogatego te same zaburzenia skórne i stawowe, które czasem występują u człowieka po zastrzykiwaniach uodpornionej lub nieuodpornionej surowicy końskiej. Jeśli tę samą surowicę będziemy ogrzewać do 58°C. w ciągu 7 kwadransów, to całe uboczne jej działanie ustaje. Fakt ten doprowadził do wniosku, że ciepłota 58° niszczy, lub może tylko łagodzi, szkodliwe pierwiastki, zawarte w surowicy końskiej. Te badania i ich wyniki zachęciły Spruncka do przedsięwzięcia własnych poszukiwań; jego sposób postępowania jest następujący: Surowicę zbiera się w możebnie najdoskonalszych warunkach aseptycznych i bez dodawania

[2]) Berlin. klin. Wochen. 1897 Nr. 11.
[3]) Wiener med. Presse Nr. 7 1898.
[4]) Przegląd lek. 1896.
[5]) Wiener med. Presse 7.
[6]) Tamże.

jakiegokolwiek przetworu antyseptycznego, napełnia się nią flakoniki o pojemności 10 sz. cnt., zatyka się korkiem i kapiszonikiem kauczukowym. Flakoniki te ogrzewa się w ciągu 20 minut w ciepłocie 59—59,5°, następnie oznacza się siłę surowicy tak ogrzanej. Umniejszeniu przez ogrzewanie własności antytoksycznej zapobiega się przez użycie odrazu surowicy o większej mocy. Wyniki otrzymane po zastósowaniu tak przyrządzonej surowicy były następujące: w r. 1895 i 1896, na 1365 przypadków zastósowania surowicy nieogrzewanej, uległo znanym przypadłościom posurowiczym chorych 208 = 15,2%; w roku 1897 zastósowano surowicę ogrzaną u 251 chorych, z których zapadło na przypadłości posurowicze osób 12 = 4,7%. Mniej więcej takie same liczby wypadły w 2-ch szpitalach w Utrechcie, zaopatrujących się w surowicę z tego samego źródła.

Działalność antytoksyczna i lecznicza surowicy ogrzewanej w niczem nie jest niższą, co stwierdza i odsetek śmiertelności, który jest ten sam po stósowaniu obu surowic, t. j. ogrzewanej i nieogrzewanej. (Odczyt na międzynarodowym Zjeździe higienistów w Madrycie). *Kw.*

Dr. Chantemesse (Paryż): **O toksynach durowych rozpuszczalnych i o surowicy antytoksycznej duru brzusznego.** (*La Semaine médicale*, Nr. 21). Dur brzuszny jest wynikiem zarazem zakażenia i zatrucia ustroju; by go zwalczać w kierunku patogenetycznym, potrzeba użyć takiego środka, któryby działał równie dobrze na drobnoustroje, jak i na jad, który one wydzielają. Spostrzeżenie kliniczne wykazuje, że jad duru brzusznego wytwarza się nagle w ustroju ludzkim. Z dnia na dzień ilość jadu zmienia się, jak również zmieniają się objawy choroby, które jad ten wywołuje. Poszukując jadu w zwykłem środowisku przebywania drobnoustrojów, nieznajdujemy go. Płyn hodowli, uwolniony od drobnoustrojów przez przesączanie, nie jest jadowitym wcale, lub jest nim tylko nieznacznie; nie podobna więc nań liczyć, ażeby się udało na tej drodze uzyskać antytoksynę. Chantemesse poświęcił wiele czasu na poszukiwanie tej toksyny rozpuszczalnej, która stanowi pierwszy etap do wytworzenia antytoksyny. Postępuje on w sposób następujący: przygotowuje roczyn peptonu, przyrządzonego ze śledziony, wytrawionej zapomocą pepsyny w cieczy zakwaszonej; następnie płyn ten zobojętnia, wyjaławia i wystawia na wpływ powietrza. Alkaliczność tej cieczy stopniowo, lecz słabo, się wzmaga. Na tej hodowli zasiewa się obficie b. jadowity prątek durowy. Po 48 godzinach hodowle są obfite i nie mają zapachu. Około 5—6 dnia wydzielanie toksyn jest najsilniejsze, a następnie zmniejsza się. Tak przyrządzony i przesączony bulion mieni Ch. toksyną.

Doświadczenia, czynione z tą toksyną na zwierzętach, dowiodły, że te ostatnie ulegają jej nie w jednakiej mierze. Koń jest wrażliwszy od innych, a przystósowanie się jego do toksyny jest powolne, trudne, przerywane takiem zapadaniem na zdrowiu, że zachodzi często potrzeba przerwania doświadczeń. Ch. robił zastrzykiwania koniom po 2 i 3 lata co 8 lub co 15 dni i jeszcze nie był w stanie otrzymać trwałego stopnia odporności tak, że zwiększanie dawki wstrzykiwanej musiało być nader powolne i ostrożne. Wstrzyknięta toksyna trwa bardzo długo we krwi końskiej, zanim ulegnie przeobrażeniu: we 2 miesiące po zastrzyknięciu krew jeszcze jest toksyczną i trzeba czekać dłużej, zanim zniknie toksyna, a wytworzy się antytoksyna.

Antytoksyna, z którą Ch. robił swoje doświadczenia, pochodziła z konia, którego uodporniał on w ciągu 2-ch lat, wstrzyknąwszy mu podskórnie i śródżylnie 6 litrów toksyny. Surowica z tego konia posiada własności antytoksyczne i lecznicze przeciw zakażeniu i zatruciu durowemu.

Szczegóły tych doświadczeń są następujące: jeżeli morskim świnkom, którym dnia poprzedniego wstrzyknięto podskórnie $^1/_{200}$, $^1/_{100}$, $^1/_{50}$ cent. sz. surowicy antytoksycznej, wstrzyknie się dawkę toksyny, zabijającą morskie świnki w ciągu 6 godzin, to zwierzątka te, którym wstrzyknięto $^1/_{50}$ cnt. sz. żyją; te, które dostały $^1/_{100}$ i $^1/_{200}$ giną po 48 i po 24 godzinach. Analogicznie wypada ta rzecz z królikami. Spostrzeżono, że jeśli zwierzę ulega jakiej cherze, albo nawet tylko ciąży, to uodpornienie jego jest trudniejsze i wymaga większej dawki antytoksyny.

By nabrać przekonania o wartości zapobiegawczej surowicy przeciwzakaźnej, Ch. wstrzykiwał pod skórę ucha królikowi, któremu dnia poprzedniego wstrzyknął 5 cnt. sz. surowicy, zawiesinę z prątków durowych w cieczy fizyologicznej; jednocześnie to samo czynił z królikiem, którego poprzednio nie uodporniał. Wyciągając pipetką ciecz z bąbla obrzękowego, powstałego w miejscu wstrzyknięcia zawiesiny, przekonał się już po 7 godzinach, że w cieczy tej nie było wolnych prątków, lecz zostały one u tego królika, któremu poprzednio zastrzyknięto surowicę przeciwdurową, jakby wchłonięte przez fagocyty; wysięk rozpostarty na płytce i następnie zabarwiony błękitem Kühnego, wykazuje zachowane kształty prątków durowych w pierwoszczy leukocytów jednojądrzastych, natomiast we wnętrzu leukocytów wielojądrzastych przedstawiają się prątki w postaci ziarnek i kulek. Dwa więc rodzaje fagocytów występuje dla zniszczenia prątków durowych u zwierząt, którym surowica przysporzyła biernego uodpornienia. Gdy jednocześnie badać będziemy ciecz, wyciągniętą z miejsca wstrzyknięcia zawiesiny u królika poprzednio nieuodpornionego, to wynik okaże się zupełnie odmienny: tu prątki są wolne, zachowują całą swą ruchliwość, a w polu preparatu zaledwo odszukać możemy parę leukocytów jednojądrzastych; natomiast wielojądrzastych zupełnie niema.

Hodowle w kropli wiszącej, wziętej z wysięku, wyciągniętego po upływie 7 godzin z królika, którego uodporniono, nie rozwijają się, co dowodzi, że surowica posiada moc przeciwzakaźną.

Co się tyczy wartości przeciwjadowitej (antytoksycznej) surowicy durowej, to ją ocenić można na zwierzętach, którym zadano zabójcze dawki toksyny, a następnie poddano leczeniu surowicą w okresach, coraz więcej oddalających się od kresu, w którym śmierć powinna nastąpić: jeśli wstrzykniemy 4 morskim świnkom dawkę zabijającą w ciągu 24 godzin (1 cnt. sz. na 40,0 wagi), a jednocześnie uczynimy to samo drugiej seryi 4 świnek, mających odegrać rolę świadka, następnie zaś pierwszej seryi morskich świnek będziemy wstrzykiwać surowicę przeciwdurową, to zwierzęta — świadki poginą w ciągu 24 godzin, a natomiast, leczone surowicą, pozostają przy życiu. Czem więcej oddalamy się z wstrzyknięciami surowicy od chwili, w której zadano toksynę, tem większą musi być jej dawka lecznicza. Po czterech do pięciu godzinach od chwili zatrucia, zabijającego w 24 godzin, dawka $^1/_4$ cnt. sz., wstrzyknięta morskiej śwince, czyni ją odporną na toksynę. Zwierzęta, które nie przeżyją zakażenia, pomimo wstrzyknięcia $^1/_4$ cnt. sz. surowicy, giną dopiero po 2—3 dniach.

Stwierdziwszy tę moc antytoksyczną surowicy przeciwdurowej na zwierzętach, uczuł się Ch. w prawie zastrzyknąć ją ludziom, chorym na dur brzuszny. Zastrzegając sobie ostatnie słowo po wypróbowaniu na licznym materyale klinicznym, dziś już oświadcza Ch. stanowczo, że surowica przeciwdurowa działa antytoksycznie, usuwając lub łagodząc objawy nerwowe, obniżając ciepłotę, przyśpieszając powrót do zdrowia. (Odczyt na międzynarodowym Zjeździe higienistów w Madrycie). *Kw.*

Kuhnau: **Zakażenie mieszane błonicy „proteusem“.** (*Zeitschft f. klin. medicin.*, Z. XXXI. r. 1897). K. opisuje 5 przypadków ciężkiej błonicy, które, mimo leczenia surowicą, skończyły się śmiercią. Klinicznie przedstawiały one obraz błonicy posocznicowej: szaro-brudne, rozpadające się błony, cuchnienie z ust, później zapalenie tkanki podskórnej szyi i gruczołów chłonnych. Badanie drobnowidowe błon wykazało w warstwach powierzchownych, obok prątków błoniczych, paciorkowce, gronkowce i t. d.; w warstwach głębszych stwierdzono gniazda, złożone z prątków błoniczych i bliżej nieoznaczone prątki krótkie. Znacznie głębiej w tkan-

kach, w miejscach nacieku zapalnego i w chorobowo zmienionych gruczołach stwierdzono tylko bardzo skąpo prątki błonicze, natomiast w znacznej ilości owe krótkie prątki. Bakteryologicznem badaniem wykazano, że ów krótki prątek należy do gromady *„proteus“*, a swojemi własnościami zbliża się do postaci *„proteus vulgaris“*. Doświadczeniami zaś na zwierzętach przekonano się, że posiada on znaczną jadowitość. *R.*

Dr. R. v. Kundrat i Doc. Dr. H. Schlesinger: **Przyczynek do rozpoznawania zrostów między guzami odźwiernika a wątrobą.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 727). Dawniej już wypowiedziane zdanie Rosenheima, że wtenczas wykluczyć możemy zrosty między guzem odźwiernika a wątrobą, gdy guz wobec obmacującej ręki inaczej się zachowuje, aniżeli wątroba (t. j. n. p. gdy po głębokim wdechu guz wraz z wątrobą zstąpi niżej, tu go ręką ustalimy i stwierdzimy, że podczas następującego teraz wydechu, nie postępuje w górę wraz z wątrobą); zdanie to uledz musi pewnemu ograniczeniu. Mianowicie dodać należy: chyba, że przypadkiem zrosty łączą guz z dolną powierzchnią wątroby i jej tylnym odcinkiem. Wtedy bowiem guz zachowuje się tak, jakgdyby zrostów wcale nie było, a pochodzi to ztąd, że wówczas wątroba, w czasie ruchów oddechowych i po ustaleniu guza, dokonuje wzdłuż zrostów, jakby wzdłuż osi, zwodniczych ruchów obrotowych. *Herman.*

O. Vulpius: **O leczeniu porażeń i zniekształtnień porażennych przez przeszczepianie ścięgien.** *(Samml. klin. Vortr. Volkmann's N. F.*, Nr. 197). Leczenie częściowych porażeń kończyn i usuwanie na drodze operacyjnej zaburzeń w ich czynności, zapoczątkowane przed 15 laty przez Nicoladoniego, Drobnika i Frankego, nie znalazło widocznie zbyt chętnego przyjęcia, kiedy w tym czasie posługiwano się niem zaledwie 33 razy, liczba znikomo drobna wobec częstości porażeń dziecięcych. Do tej skąpej kazuistyki dołącza autor sporą (względnie) liczbę własnych spostrzeżeń, obejmującą 21 odpowiednich przypadków. Z wyjątkiem dwóch przypadków (Kryński, Drobnik), gdzie przeszczepiano ścięgna na kończynie górnej, reszta przypada na kończynę dolną i to w tym stosunku, że obok jednej operacyi (nieudałej), dokonanej przez autora na udzie (przyszycie m. krawieckiego do ścięgna zupełnie porażonego m. czworogłowego), stoi pokaźna liczba 51 operacyj, dokonanych na podudziu.

Operacya w mowie będąca wskazaną jest i jedynie możliwą do wykonania w razie porażenia pojedyńczych mięśni, lub tylko niektórych ich gromad. Bo kiedy wszystkie mięśnie na danej części kończyny są porażone, to mamy do wyboru, albo założenie odpowiedniego przyrządu ortopedycznego, lub wykonanie artrodezy t. j. sztucznie sprowadzamy zrost (ankylosis) stawu.

Przy przeszczepianiu ścięgien odróżnić należy dwa zasadnicze sposoby. W jednym zużywamy cały mięsień zdrowy, by przenieść czynność jego na ścięgno m. porażonego, w drugiej zadawalamy się tylko częścią mięśnia zdrowego. Kombinując, możemy w obu tych sposobach wykonać dziewięć odmian przyszywania ścięgna do mięśnia. Tych znów 9 odmian ugrupować możemy w trzy działy, zależnie od kierunku przenoszenia siły, mianowicie: 1) metoda przeszczepiania wstępująca, 2) m. p. zstępująca, 3) m. p. obukierunkowa. V. osobiście przyznaje największe zalety metodzie zstępującej.

Przystępując do operacyi, usuwać przedewszystkiem potrzeba istniejące wrzekome ustawienie kończyny, przez zastósowanie tak zw. modelującego wyprostowania (redressement). A kiedyśmy to uzyskali, wykonać dopiero przyszycie ścięgien. Po operacyi opatrunek gipsowy przez 4—7 tygodni, a potem leczenie następowe (mięsienie, gimnastyka etc.).

Z 20 operacyj, dokonanych na podudziu, operował V. 15 razy z powodu stopy szpotawej porażennej (pes varus paraliticus), a 5 razy z przyczyny płasko-nóżstwa porażennego (pes planus paraliticus). Wiek chorych wahał się między 2—18 r. ż.; porażenie trwało 1—17 lat. Wynik 17 razy był zadawalniający, 3 razy nie osiągnął poprawy w sprawności kończyny, (gdyż w ogólności o zupełnem wyleczeniu mowy niema). *Herman.*

Dr. Br. Kader: **Wieloletni nerwobol prawego splotu barkowego i szyjnego, skutkiem bliznowatego przykrócenia lewego m. sutko-mostko-obojczykowego. Zupełne wyleczenie po przecięciu ścięgna tego mięśnia.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.* Tom II, S. 731). Praca ta, osnuta na tle spostrzeżenia z praktyki Mikulicza i jego przypiskiem opatrzona, opowiada o 42-letniej kobiecie, cierpiącej na wrodzoną mięśniową szyję skośną lewostronną (caput obstipum musculare sinistrum). Tenotomia, wykonana w 10 roku życia pacyentki, pozostała bez wyniku. Przed 7—6 latami wystąpiły silne napady nerwobólowe w splocie nerwowym barkowym i szyjowym po stronie prawej. Kiedy się chora do Mikulicza zgłosiła, istniały już nawet w tych splotach lekkie objawy zapalenia nerwów. Mikulicz przyjął związek między prawostronnym nerwobólem a lewostronną szyją skośną, tłómacząc go w ten sposób, że sploty nerwowe zostały jakoby zaklinowane między napiętymi i przerosłymi mięśniami strony zdrowej, a nadto przez te mięśnie przygniecione do wypuklającego się w prawą stronę kręgosłupa. Podskórna tenotomia części mostkowej m. sutko-obojczykowego lewego i następowe leczenie ortopedyczne, uwieńczone natychmiastowym i trwałym skutkiem, potwierdziły zupełnie rozpoznanie. W przypisku Mikulicz wyklucza histeryę (brak innych jakichkolwiek objawów histerycznych, rzeczywiste skrócenie m. mostko-sutko-obojczykowego lew., a nie skurczowa szyja skośna) i wykazuje, że nerwoból w tym przypadku nie był tożsamy z owym, jaki spotykamy w daleko posuniętych skrzywieniach bocznych kręgosłupa, gdyż tamten występuje zawsze po stronie wklęsłej skrzywienia, nigdy po wypukłej). *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Génévrier zbadał wszechstronnie fosforan gwajakolowy i twierdzi, że sól ta ma pierwszeństwo przed innemi połączeniami gwajakolu, gdyż jest ściśle określonego składu i niema smaku i zapachu; wchłania się bardzo łatwo i niemniej łatwo wydziela się z moczem (do 59,8° wprowadzonego leku); własność trująca jest o wiele słabsza niż czystego gwajakolu, a połączony z gwajakolem kw. fosforowy jest wielce pożytecznym dla ustroju. Fosforan gwajakolowy używa się w tych samych cierpieniach, w leczeniu których posługujemy się zwykle gwajakolem lub innemi jego połączeniami. Dawka waha się od 0,5 do 1,0, lecz w miarę potrzeby może być i wyższą. („Le phosphate de guajacol“. Paryż, 1897). Kw.

Dr. Combemale zaleca octan talowy, jako najskuteczniejszy z dotychczas używanych środków przeciw rozpływnym potom suchotników. Na 30 przypadków w 2-ch tylko działanie tego leku nie przyniosło zamierzonego skutku. Octan talowy ma swe zastósowanie nie tylko u suchotników, lecz i w przebiegu innych ciężkich cierpień, połączonych z potami. Dzienna dawka octanu talowego wynosi 0,1—0,2, którą należy stosować na godzinę przed zwykłą porą występywania potów. Nie należy podawać jednym ciągiem tego leku dłużej nad 4 dni, gdyż działanie jego trwa jeszcze kilka dni po odstawieniu. Ubocznego wpływu autor nie spostrzegał, z wyjątkiem szybkiego wyłysienia trzech chorych, którzy, co prawda, i przedtem nie odznaczali się bujnem owłosieniem. („La presse médicale“, Nr. 17, 1898). Kw.

A. Friedländer używał sanoformu (Ther. Mon. Nr. 3) tak w przypadkach świeżych uszkodzeń ciała, jak i ranach ropiejących, czyrakach, ropniach, wrzodach poudzia i wrzodach miękkich, bądź w czystej postaci, bądź też w 40% maści i zachwala jego działanie, przekładając go nad jodoform, gdyż zmniejsza wydzielinę rany, nie drażni jej, nigdy nie wywołuje wyprysków, a jest zupełnie bezwonny i nietrujący. F. K.

C. Pezzoli poleca Largin, nowy środek przeciw rzeżączce. (Wien. m. Woch., Nr. 11. 12). Jestto połączenie białka (paranukleoproteidów) ze srebrem, zawierające około 11% srebra i do 10% łatwo w wodzie rozpuszczalne: roztwór, przechowywany w ciemnych (żółtych) flaszkach, długo pozostaje niezmienionym. Również nader ważną zaletą tego przetworu jest zawsze stała zawartość sre-

bra. Autor badał działanie larginu na gonokoki, tak w hodowlach jak i w klinice na chorych.

Robiąc pierwsze doświadczenia w zakładzie dla anatomii patologicznej w Wiedniu, doszedł do wyników, że nowy ten przetwór srebrowy jest w działaniu na te drobnoustroje równorzędnym z innemi dotąd używanemi połączeniami srebra, że zabija je nawet łatwiej, a pożywki psuje dopiero po pewnym czasie, wreszcie, że w istoty organiczne martwe wnika głębiej, niż inne przetwory srebrowe.

Klinicznie doświadczał P. tego środka na chorych przychodnich w klinice Prof. Fingera w Wiedniu. Przedewszystkiem oświadcza się on za wstrzykiwaniami przedłużonemi, gdyż środki srebrowe działają tylko przeciw drobnoustrojom, a nie ściągająco. Podobnie, jak protargolu Neissera, używał larginu w rozczynach $^1/_4$—$1^1/_2$% do wstrzykiwań, 3 razy dziennie i zalecał zatrzymywanie płynu w cewce rano i w południe przez 5—10 minut, wieczór 15—30 minut. Wyniki leczenia były pomyślne: Z 35 przypadków ostrej rzeżączki świeżej, przedniej cz. c. m., w 27 czas leczenia trwał przeciętnie 30 dni, rzeżączka nie przeszła na część tylną c. m.; w 8 zaś przypadkach, w których nastąpiło szybko zajęcie tylnej cz., w 6 przypadkach rzeżączki podostrej tyln. cz. i w przypadkach przewlekłych wyniki nie były wcale pomyślne, gdyż wkraplanie sposobem Ultzmanna 0,5—2% rozcz. larginowego sprawy nie polepszało. Gonokoki w przypadkach wyleczonych nie pokazywały się już po dniach 10 w wydzielinie. W końcu P. wypowiada zdanie, że tak largin, jak wogóle przetwory srebra, nie mogą być środkami poronnymi dla rzeżączki, ale mogą ograniczyć w wielu przypadkach całą sprawę tylko na przednią część cewki moczowej. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 6 Kwietnia 1898 roku.

Przewodniczący: kol. prezes Prof. Dr. Jakubowski. — Członków obecnych 35.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Reiss przedstawił przypadek *Keratosis follicularis*. (Opis tego przypadku będzie ogłoszony drukiem).

W rozprawach zaznacza kol. Borzęcki, iż przedstawiony chory, którego miał sposobność, dzięki uprzejmości kol. Reissa, widzieć w klinice, okazuje cierpienie skóry nie łatwe do rozpoznania. Gdyby wypadło trzymać się szkoły wiedeńskiej, wzgl. podziału i wyrazownictwa Kaposiego, to trudno o podporządkowanie przedstawionego przypadku pod jakieś miano chorobowe. To tylko pewne, że cierpienie to należy do działu hiperkeratóz. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że jest to przypadek liszaja czerwonego (lichen ruber); bliższe rozpatrzenie jednak i zbadanie pierwotnych utworów chorobowych, nie pozwala na to rozpoznanie. Niektóre ogniska chorobowe (na czole, w kącie przy opuszce ucha) przypominają opisaną przez Darriera *Psorospermosis follicularis vegetans*, które to cierpienie miał kol. Borzęcki sposobność spostrzegać w klinice Fourniera, dodaje jednak, że nie badając szczegółowo tego przypadku, nie może twierdzić, czy zmiany w przypadku, przedstawionym przez kol. Reissa, są zupełnie analogiczne. (Streszczenie własne).

Kol. Zarewicz zaznacza przedewszystkiem, że tak samo jak i kol. Reiss, nie miał dotychczas sposobności spostrzegania choroby Darriera; znana ona jest mu tylko z opisów.

W przedstawionym przypadku, choć pojedyncze zmiany odpowiadają rzeczywiście chorobie znanej pod nazwą *Psorospermosis vegetans follicularis*, toć uderza go jednak umiejscowienie choroby, wprost przeciwne temu, które Darrier podaje w opisanych przez siebie przypadkach; albowiem, jakkolwiek *Psorospermosis veg. foll.* zajmować może rozmaite części skóry, to przecież z szczególniejszem upodobaniem i nasileniem zajmuje ona przedewszystkiem część głowy porosłą włosami, twarz, okolicę mostku, boki klatki piersiowej, a szczególniej pachwiny, któreto części ciała w przedstawionym przypadku są wolne od zmian chorobowych; natomiast zajęte są tutaj przedewszystkiem kończyny dolne i górne i to w stosunku takim, jaki uważamy w świerzbiączce (prurigo) lub liszaju włosowym (Lichen pilaris), a więc ze zmniejszającem się nasileniem w miarę posuwania się ku górze.

Drugą okolicznością, nasuwającą się w niniejszym przypadku, jest brak czynnika etyologicznego, na którym właśnie choroba Darriera ma polegać, a więc brak owych pasorzytów, znanych pod nazwą *Coccidium oviforme*, lub wogóle tych utworów, które znowu inni autorowie uważają za zwyrodniałe komórki mocno rozrosłej warstwy śluzowej przyskórka. W preparatach, które kol. Z. korzystając z uprzejmości prelegenta, miał sposobność badać, nie znaleziono nic takiego, coby za kokcydyami przemawiało; a zmiany anatomiczne w skórze przedstawiały się tak, jak je prelegent w swojej demonstracyi przedstawił.

Z tego wynikałoby tylko, że dla choroby, która przedstawia takie zmiany, jak je Darrier opisał, prócz *Coccidium oviforme*, może istnieć jeszcze inny czynnik przyczynowy, a wtenczas oczywiście nazwa *Psorospermosis* byłaby niewłaściwą, a natomiast odpowiedniejszą nazwa: *Keratosis follicularis*.

Co do leczenia, kol. Z. jest odmiennego zdania niż prelegent; bo choć dla *Psorospermosis therapia est nulla*, to przecież, uwzględniając w przedstawionym przypadku kliniczne objawy choroby, radzi kol. Z. stósować kąpiele alkaliczne przeciągłe, n. p. z węglanem sodowym po 500 gm. do każdej kąpieli, następnie nacieranie skóry tłuszczem obojętnym, obok nacierania w kąpieli, 2 razy tygodniowo, a nawet i częściej, mydłem naftolowo-siarczanem.

II. Kol. Lewkowicz opowiedział dalsze losy chorego, przedstawianego na poprzedniem posiedzeniu. Operacya, którą wykonał kol. Bossowski, potwierdziła w zupełności rozpoznanie, a guz dał się w całości wyłuszczyć.

III. Następnie przedstawił kol. Lewkowicz chorego z rozpoznaniem: guz mózgu (*tuberculus solitarius* (?) w płacie ciemieniowym lewym.

Józef Kuźma, lat 11 z Libertowa cierpi od 8 miesięcy na zawroty głowy, które zresztą w ostatnich czasach zwolniały, a od 4 miesięcy na niedowład kończyny górnej prawej.

Badanie wykazuje następujące zboczenia: Upośledzenie czucia po całej stronie prawej, ściśle odgraniczone linią środkową ciała; tyczy się ono tak czucia dotyku (kończyna dolna i górna w równym stopniu), jak również czucia bólu i ciepłoty (kończyna górna w znacznym stopniu, dolna słabo upośledzona). Po stronie prawej znajdujemy na kończynie górnej zaniki mięśniowe, które stoją niezawodnie w związku z upośledzeniem czucia. Drugiem podstawowem zboczeniem jest drganie obrotowe gałek ocznych; gałki oczne równocześnie wykonywują ruch około osi strzałkowej, górną częścią na prawo i powoli powracają do położenia pierwotnego. Wreszcie znachodzimy bolesność opukową czaszki w okolicy płatu ciemieniowego. Innych zboczeń nerwowych niema, mianowicie zaś niema zaburzeń w czynności zmysłów, a mięśnie, częściowo zanikłe, nie okazują odczynu zwyrodnienia, ani też z drugiej strony objawów kurczowych i podwyższonych odruchów.

Ogniska chorobowego należałoby szukać w korze mózgowej, po stronie lewej, mianowicie w płacie ciemieniowym, gdyż o ile wiadomo, tu obok siebie leżą ośrodki dla czucia skórnego i dla skojarzonych ruchów ocznych. Chociaż niema ogólnych objawów guza mózgowego, najprawdopodobniejszym jest guz niewielkich rozmiarów, mianowicie wobec zołzów, gruzełek odosobniony.

W dyskusyi nad powyższą demonstracyą opowiedział kol. Surzycki przez siebie spostrzegany przypadek z czasów stósowania tuberkuliny Kocha. W przypadku owym, mimo braku objawów gruźlicy w narządach wewnętrznych, występowała po wstrzykiwaniu tuberkuliny bardzo wybitna reakcya, którą kol. Surzycki odnosił do ogniska w mózgu. Pacyent rzeczony, który był przedstawiony w swoim czasie w Tow. lek. krak., dotychczas żyje.

Kol. Sroczyński podnosi, że również zakończenia nerwu trójdzielnego są porażone. Co do drżenia gałek ocznych, to stwierdzono, iż jest ono nabyte i to od czasu początku obecnej choroby. Charakterystyczne trzęsienie się obrazów w oku obecnie już ustąpiło. Na lokalizacyę godzi się z prelegentem; co do etyologii zaś to nie może wykluczyć możliwości bąblowca mózgu.

Kol. Filipkiewicz zapytuje w kierunku kiły.

Prelegent odpowiada, iż najprawdopodobniejszą jest gruźlica; kiły wykazać zupełnie nie można; podawany jodek potasowy pozostał bez skutku.

Kol. Nowak przedstawił żołądek, z niedrożnością odźwiernika, spowodowaną uciskiem, jaki nań wywierały kamyki żółciowe, nagromadzone w przewodzie wątrobowym i w przewodzie żółciowym wspólnym. Kamyki, nagromadzone tam w wielkiej ilości, spowodowały znaczne rozszerzenie tych przewodów i utworzyły duży guz, leżący ponad i pod odźwiernikiem i zaciskający prawie zupełnie jego światło. W celu umożliwienia pacyentowi odżywiania się wykonano gastroenterostomię.

Sekretarz doroczny: *Dr. Xawery Gorski.*

---

† Dr. Hipolit Jundziłł.

Dnia 18-go b. m. zmarł nagle w Wilnie Dr. Hipolit Jundziłł, prezes Towarz. lekarzy wileńskich, ceniony chirurg, szerokiem wzięciem cieszący się lekarz. Zmarły przyszedł na świat r. 1846 w Wilnie, gdzie skończył szkoły średnie, a uniwersytet w Dorpacie. Po zdobyciu gruntownego wykształcenia lekarskiego osiadł w rodzinnem mieście, w którego murach spędził, niestety, zbyt krótki żywot, znacząc na polu zawodowem i społecznem wyższy umysł, szerokie wykształcenie i obywatelska gorliwość. Towarzystwo lekarskie wileńskie wybrało go w latach 1877 i 78 swoim sekretarzem, 1891 i 92 — wiceprezesem, a w ostatnim okresie wręczyło mu medal z podobizną obu Francków, oznakę prezesowską. Za czasów jego przewodnictwa skreślił Dr. Zahorski: „Zarys dziejów cesarskiego Towarzystwa lekarskiego w Wilnie (1805—1897)“, która to cenną pracę drukuje „Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“. Staraniem ś. p. Jundziłła wyszło „Album historicum“, w którem znalazło się wiele cennych portretów i innych pamiątek, odtwarzających niedawną, a tak świetną, przeszłość duchową Litwy.

Prócz rozległej praktyki, ś. p. Jundziłł był naczelnym lekarzem szpitala Sawicz, mieszczącego 120 łóżek, a założonego w r. 1744 przez smoleńskiego biskupa Gąsiewskiego. Zmarły pisał mało: znane są jego 2 rozprawy 1) *Ueber die Ermittelung einiger Bitterstoffe im Biere. Dorpat 1873* i 2) *Dwa słuczaja sarkomy* (Protokoły Wil. med. ob. 1876). Brał żywy udział w pracach naukowych Towarz. lekar. wileńskiego, gdzie odczytał 7 rozpraw.

Działalnością swoją godnie utrzymał ś. p. Hipolit urok, otaczający w stolicy Litwy nazwisko Jundziłłów; nie tylko imieniem, lecz życiem, nauką i pracą zawodową budził on niezatarte wspomnienia o znakomitych przodkach swoich, uczonych szkoły wileńskiej: Stanisławie Bonifacym — głośnym przyrodniku i Józefie — znakomitym botaniku. O czynach tych uczonych świadczy, niegdyś wzorowy, a dziś zdziczały wileński ogród botaniczny, przed 100 laty przez nich założony.

Cześć temu imieniowi, wieczna pamięć zmarłemu!

Dr. Kwaśnicki.

IX. KORESPONDENCYE.

Warszawa w kwietniu.

Już po raz drugi w tym roku muszę rozpoczynać moją korespondencyę od żałobnych wspomnień. Gdyśmy odprowadzali na miejsce wiecznego spoczynku ś. p. Krysińskiego, dogorywał już Jasiński. Śmierć tego ostatniego była dla nas wszystkich ciosem tem boleśniejszym, że ś. p. Roman ciągle żył wśród nas, żeśmy patrzyli na całą jego działalność, kochali za złote serce, koleżeńską uczynność i niezrównany humor, którym ożywiał wszystkie nasze zebrania. Był to człowiek nieposlednich zdolności, gruntownego wykształcenia i wielkiego zapału do nauki; władał pięknie piórem i znakomicie popularyzował wiedzę chirurgiczną. Każdy nowy kierunek w chirurgii, nową metodę studyował z zapałem, aby je uprzystępnić dla szerokiego ogółu lekarzy, począwszy od metody Listera, skończywszy na gazie srebrnej i operacyach Calota. Jasiński był autorem Dyagnostyki chirurgicznej — dzieła, nie wolnego od usterek, ale ocenionego przez krytykę zbyt surowo. W każdym razie jest to jedyny podręcznik, a na drugi prawdopodobnie nie prędko się zdobędziemy. Jako znawca ortopedyi, zwłaszcza dziecięcej, Jasiński nie miał sobie u nas równego. Jednem słowem była to osobistość niepowszednia, dziwnie sympatyczna, człowiek dobry i miłujący społeczeństwo, wśród którego żył i działał.

Przechodząc od umarłych do żywych, z obowiązku korespondenta muszę zaznaczyć pewien nowy żywioł, który coraz więcej w piśmiennictwie naszem lekarskiem nabywa praw obywatelstwa. Żywioł to zresztą stary, jak świat, ale przez czas dość długi był on prawie wyrugowany z naszej literatury lekarskiej. Mówię tu o filozofii, o krytyce zasadniczych pojęć w nauce, w ogóle o abstrakcyjnem myśleniu które zaczyna sobie znów wywalczać przynależne mu stanowisko. Przedstawicielem tego kierunku jest u nas Wł. Biegański. Jak wiadomo, przed kilku laty (1894) wydał on Logikę medycyny. Celem tej książki, było „rozbudzenie zamiłowania do myślenia abstrakcyjnego wśród lekarzy, którzy najmniej tę stronę czynności umysłowej uprawiają, oraz, co ważniejsze, rozbudzenie krytycznego zastanawiania się nad podstawami naszej nauki“ (str. 15). W sposób przystępny i w zastósowaniu do medycyny, Biegański wyłożył główne zasady logiki, podnosząc ważność tej nauki dla nauk przyrodniczych, a w szczególności dla medycyny.

Rozwijając w dalszym ciągu niektóre myśli, poruszone w Logice, Biegański wydał w roku zeszłym dzieło poświęcone zagadnieniom ogólnym z teoryi nauk lekarskich.

Dzieło to ma „pobudzić lekarza do głębszego krytycznego myślenia, ma mu przypomnieć, że, poza obrębem ciasnych zagadnień patologii i terapii szczegółowej, istnieją wielkie zagadnienia nauki, które pozostają jednak w bezpośredniej styczności z jego praktycznemi zadaniami“.

„W życiu swojem, powiada dalej Biegański, lekarz jest świadkiem ciągłych zmian w szczegółowych poglądach na choroby i leczenie: co dziś uważają za słuszne i uzasadnione, za lat kilka, lub kilkanaście, upada, powstają nowe sposoby leczenia, nowe teorye szczegółowych chorób, i trwa to ciągle jak w kalejdoskopie. Co powoduje te zmiany, jaki jest *spiritus movens* tego postępu w praktycznej medycynie? Otóż *spiritus movens* znajduje się w podstawowych ogólnych zagadnieniach nauki; one to poruszają cały skomplikowany aparat wiedzy specyalnej. Poznać te zagadnienia, zrozumieć ich stosunek do szczegółowych zagadnień nauki specyalnej, nie tylko warto, ale koniecznie potrzeba. Tym sposobem lekarz praktyk pozbędzie się wielu swoich przesądów, co nie będzie bez znaczenia dla jego działalności praktycznej“ (str. VII. i VIII). Co się szczególnie podoba w Biegańskim, to jego swojskość, to umiejętność popularyzowania najzawilszych idei naukowych i podawania ich w sposób dla polskiego czytelnika dostępny. Słusznie powiada o nim E. Biernacki (*Medycyna* Nr. 4), że „Biegański idee naukowe przedstawia w równie swojski sposób, jak swojsko pisze swoje powieści Sienkiewicz“. Biegańskiemu bardzo leży na sercu, ażeby obudzić w naszym ogóle lekarskim poszanowanie dla własnego dorobku naukowego, ażeby nie zatracić ani jednej idei naukowej, zrodzonej u nas, tylko każdą z nich rozwinąć i uzupełnić. „Myśli i idee, przystósowane do naszej organizacyi, mają więcej szans dalszego rozwoju, aniżeli idee obce, jeszcze nie przystosowane. Dlatego też powinniśmy szukać w dziełach naszych poprzedników tych właśnie idei, starać się odnaleźć zagubioną lub przerwaną nić tradycyi i na nowo ją nawiązać. Wówczas potrafimy może, jeżeli nie tworzyć nowe drogi dla nauki, to wśród dróg znanych odnaleźć najodpowiedniejszy dla nas kierunek, w którym postępując, raz przecie zdążyć będziemy mogli za ogólnym postępem wiedzy i co najgłówniejsza, wniesiemy do

tego postępu pewien właściwy nam pierwiastek“ (str. V.). Za taką właśnie ideę w medycynie polskiej uważa Biegański myśli, zawarte w pomnikowem, jak je nazywa, dziele Chałubińskiego p. t. *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich*. Myśli te dadzą się krótko streścić w sposób następujący: 1) Od lekarza należy wymagać krytycznego myślenia. Mniej erudycyi a więcej myśli; 2) szerokie pojmowanie choroby, jako zaburzenia funkcyi; 3) wysokie i idealne pojmowanie zadań lekarza-praktyka.

Życzliwe wzmianki o dziele Biegańskiego we wszystkich czasopismach lekarskich, kilka szczegółowych ocen (J. Nussbauma w *Gaz. lek.*, E. Biernackiego w *Medycynie*, Z. Kramsztyka w *Krytyce Lekarskiej)*, wreszcie to zajęcie, jakie obudziła jego ostatnia zwłaszcza książka w kołach inteligentniejszych lekarzy, rokują pomyślne nadzieje co do wpływu, jaki ten nowy żywioł, o którym mówiłem, wywrze na literaturę lekarską i samych lekarzy. Uprawę tego nowego kierunku wziął na siebie Z. Kramsztyk, otwierając dlań gościnne łamy założonego przez się miesięcznika — *Krytyki lekarskiej*. Drugi rok tego wydawnictwa przekonał nas nie tylko o możności jego istnienia (o czem zdawano się wątpić), ale wprost o jego potrzebie. Powiał z tego pisma jakiś ruch ożywczy, czytelnicy zasmakowali w tego rodzaju lekturze i z niecierpliwością oczekują każdego nowego zeszytu. Autorzy, nie skrępowani szczupłością miejsca ani ściśle lekarskim programem pisma, rozwijają swobodnie myśli, wychodzące poza ramy kazuistyki lub doświadczeń laboratoryjnych. Coraz częściej i coraz lepiej podnoszą się tu sprawy, mające związek z filozofią medycyny, jej historyą, etyką — już to w postaci starannie opracowanych artykułów, jużto notatek przygodnych, biorących za punkt wyjścia jakiś fakt z życia bieżącego. Wydawnictwo swoje rozpoczął Kramsztyk pracą prof. Hoyera p. t. *Zasadnicze pojęcia naukowe w świetle krytyki poznania*. Sędziwy, a zawsze młody, Nestor naszych uczonych lekarzy, swoją powagą uświęcił niejako nowy u nas kierunek dociekań naukowych, zachęcając do niego nie tylko w druku, ale i na zebraniach, które u siebie peryodycznie urządza dla najbliższych sobie przyjaciół i uczniów.

Sam redaktor z właściwym sobie talentem, w krótkich, a zwykle wytwornych pod względem treści i formy artykułach, wypowiada trafne nieraz poglądy na sprawy odnoszące się tak do nauki, jak i do zawodu lekarskiego. (*Cel, jako wskazówka badania. Fakt kliniczny. Fanatyzm eksperymentu. O cytatach* i w in.). Niezmierną doniosłość posiada pełne prawdy życiowej, napisane z wielkim talentem i głębokością studyum H. Nussbauma: *Szkolnictwo współczesne ze stanowiska krytyki lekarskiej*. J. Muttermilch napisał piękną pracę *O zapaleniu;* S. Sterling — *Kartkę ze statystyki lekarskiej* (z powodu surowicy przeciwbłoniczej). O pracy Biernackiego: *Nasz ogół lekarski i nasza prasa lekarska* powiem niżej.

W dziale krytyki spotykamy nie bezbarwne wzmianki i krótkie streszczenia prac polskich, jak to jest w powszechnym zwyczaju w pismach naszych lekarskich, lecz prawdziwe, obszerne i wyczerpujące krytyki. Uważamy dział ten za niezmiernie pożyteczny i potrzebny dla naszego piśmiennictwa.

Tylko w ten sposób może się wytwarzać opinia naukowa, autorzy zaś mogą znaleźć zachętę i wskazówki do dalszej pracy. Tu nie mogę pominąć milczeniem niezmiernie ostrej oceny, jaka spotkała trzy ostatnie prace E. Biernackiego (*Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej. Samoistna sedymentacya, jako naukowa i praktyczno kliniczna metoda badania. Etyologia i istota nerwic czynnościowych)* przez L. Dydyńskiego i S. Gościckiego (NN. 2 i 3 r. b.). Krytycy odmawiają pracom tym wszelkiego znaczenia, tak teoretycznego jak praktycznego. Ton krytyki jest namiętny, sarkastyczny; doświadczeniom Biernackiego krytycy przeciwstawiają nie doświadczenia własne lub cudze, tylko dowody logiczne, a jednak stawiają zarzuty ciężkie: nieścisłość metod i bezpodstawność wniosków. Krytyka ta wywołała wrażenie przygnębiające, bo Biernacki cieszy się wielkiem uznaniem, jako pracownik niezmordowany i dzielna głowa. Niektóre prace jego mało są dostępne dla szerszego ogółu, tak przez swoją treść, jak i przez styl, ciężki nieraz i chaotyczny. Krytycy jego są młodzi i mało jeszcze znani w nauce; ale zarzuty, stawiane przez nich Biernackiemu, domagają się koniecznie wyjaśnienia ze strony tego ostatniego. Zarzutów takich nie można pomijać milczeniem, chociażby nawet ton krytyki nie był zupełnie właściwym.

W dziale życiorysów spotykamy pięknie nakreślony przez Dunina wizerunek pośmiertny Matlakowskiego — prawdziwe studyum psychologiczne. Szkoda tylko, że autor przygodnie zbyt ostro osądził działalność Girsztowta i Chałubińskiego, co wywołało znów ostrą polemikę z różnych stron.

W dziale historyi medycyny spotykamy kilka zajmujących prac Peszkego i Giedroycia, oraz bardzo interesujący ustęp z Pamiętnika ś. p. Szokalskiego. W dziale etyki znajdujemy ciekawą pracę K. Dobrskiego (O stosunku lekarzy do towarzystw ubezpieczeń na życie), oraz przepiękne aforyzmy Biegańskiego. Krytyka lekarska, jak widzimy, pobudziła twórczość naszych autorów w kierunku bardzo dla piśmiennictwa pożądanym.

Nie służąc żadnemu stronnictwu, nie zależąc od żadnego *gremium*, posiada możność umieszczania takich prac i takich swobodnych poglądów, jakieby nie przeszły przez filtr danej jakiejś koteryi. Poglądy takie mogą niekiedy być jednostronne, podmiotowe, ale, jeżeli są szczere, zawierają nie jedno zdrowe jądro prawdy. Do takich właśnie zaliczyłbym wystąpienie E. Biernackiego w artykule *Nasz ogół lekarski i nasza prasa lekarska* (Nr. 3 r. b.). Ma to być obraz naszych stosunków warszawskich, ale niejedna uwaga da się zastósować do lekarzy polskich w ogólności. Nasz ogół lekarski Biernacki charakteryzuje mniej więcej w ten sposób: Najstarsi schodzą z pola bezpotomnie; nie mieli aspiracyj naukowych, ograniczywszy się prawie wyłącznie do wykonawstwa lekarskiego. Cechą ich było jednolite (wprawdzie jednostronne) wykształcenie, karność i uszanowanie powag. Było wśród nich kilku „teoretyków“ ale ci dopiero teraz cieszą się znaczeniem, odpowiedniem do swych zasług. Średni, znajdujący się obecnie u szczytu swojej działalności lekarskiej, nie mieli, według Biernackiego, żadnego duchowego ani nawet formalnego związku z poprzednikami. Wyszli oni ze społeczeństwa niespodziewanie, ale stworzył ich duch czasu. Mieli przed sobą warunki twarde, żadnych widoków na karyerę akademicko-urzędową, a coraz poważniejszą konkurencyę w praktyce. Trzeba było znaleźć sobie drogę dla wywalczenia stanowiska. Drogą tą było szczepienie nowych idei naukowych i wprowadzanie elementu naukowego do ogółu lekarskiego. Zaczęła się walka „starych i młodych“ (jak i w prasie ogólnej), w której młodzi zwyciężyli. Wielu z tych „młodych“ zawdzięcza swoje powodzenie materyalne działalności literackiej. Nie była to działalność ściśle teoretyczna, ani nawet oryginalna, ale popularyzowanie wiedzy zachodniej, od której odsunęliśmy się już nazbyt daleko. „Młodzi opanowali szpitale, zakładali pisma i bez stanowisk urzędowych zajęli wybitne miejsca w społeczeństwie. W gorszych bez porównania warunkach znaleźli się młodsi i najmłodsi. Ci wychodzą ze szkoły być może z większym zasobem wiedzy, z większemi aspiracyami naukowemi, ale z zupełnym brakiem norm, nie wiedząc zupełnie, kogo należy słuchać, kogo trzeba cenić, jaki kierunek jest dobry, ostatecznie z niedowierzaniem do wszystkiego. Najmłodsi są to typowi adogmatycy, wybujałe indywidualności, nie uznające żadnego nad sobą wpływu, łatwo krytykują każdego i wszystko i każdy co innego, a nie mają krytycyzmu: daleko mniej rozumieją zadania nauki lekarskiej, granice dyagnostyki i terapii, niż pokolenia starsze. Najmłodsi zanadto się specyalizują i za wiele piszą. Średni wszczepili w młodsze pokolenie przekonanie, że droga naukowa jest najpewniejszym środkiem do zdobycia powodzenia materyalnego, że

nawet droga taka jest niezbędna. Dawniej jednak łatwiej było na tej drodze się odznaczyć. Dziś obok aspiracyj naukowych, trzeba mieć dużo wykształcenia, gruntownej znajomości metod naukowych, ażeby rzeczywiście coś „tworzyć“, a nie powtarzać rzeczy już znanych i nie potrzebujących popularyzowania. Działalność pisarska a działalność naukowa są to dwie rzeczy różne. Prace bezwartościowe, a takich jest coraz więcej, sprowadzają tylko dla autorów rozgoryczenie i rozczarowanie. Nawet praca w szpitalach, z powodu zbytniego nagromadzenia lekarzy, braku miejsca i przewodnictwa, staje się pracą bezowocną i stratą czasu na gawędy i plotkarstwo naukowe. „Być może, powiada Biernacki, że żyjemy w stanie przejściowym, w stanie silnej fermentacyi, która coś wyda określonego w tym lub innym kierunku. Ale stwierdza to niejeden, że atmosfera obecna jest ciężka i że pogarsza się od pewnego czasu szybko“. Jakim jest ogół, taką jest i prasa lekarska. Kiedy przed 18 laty 25 lekarzy zakupiło *Gazetę lekarską* dla wspólnego prowadzenia, łączył ich jeden cel wywalczenia praw obywatelstwa dla nowych idei, łączyła ich wspólność przekonań, wieku, pozycyi. Ztąd wypływała jednolitość przekonań i pewien określony kierunek pisma. Ale dziś *Gazeta lekarska* nie jest tem, czem była kilkanaście lat temu. Jej współwłaściciele, których liczba doszła do pięćdziesięciu, różnią się między sobą pod każdym względem, a każdy rości sobie prawo do redagowania pisma. Ztąd rozwija się nietolerancya zdania, brak właściwej oceny produktów literackich, każda myśl śmielsza zostaje odrzucona, pozostaje to, co jest martwem, bladem, niezdolnem poruszyć nikogo. Na wzór *Gazety Lekarskiej* odniedawna ukształtowała się *Kronika Lekarska* i *Medycyna*. „Niech weźmie w swoje ręce prowadzenie spraw naszych człowiek pojedyńczy, powiada Biernacki, rycerz *sans peur ni reproche*, człowiek bezstronny, niech włoży w powodzenie pisma całą swą ambicyę i energię, a sprawa pójdzie niewątpliwie lepiej“.

Tak myśli o naszych stosunkach jeden z „młodych“. Warto byłoby, ażeby jeszcze ktoś zabrał głos w tej sprawie, gdyż poglądy Biernackiego są zanadto krańcowe i dla jaskrawości obrazu poświęcają niekiedy prawdę. „Najstarsi“ nie schodzą z areny społecznej i naukowej bezpotomni, bo byli profesorami i nauczycielami klinicznymi, mieli asystentów i uczniów, brali udział w posiedzeniach towarzystw naukowych, wywierali wpływ na piśmiennictwo nie tyle może osobiście, ile przez swoich uczniów. Oni zresztą — i to jest zasługa nie mała — nauczyli społeczeństwo nasze szukania pomocy lekarskiej w kraju i wyrobili wśród niego poszanowanie dla stanu lekarskiego. W rażącej sprzeczności z poglądami Biernackiego stoją usiłowania Biegańskiego, który „pragnie nawiązać nić tradycyi“, biorąc za punkt wyjścia myśli, zawarte w dziele Chałubińskiego. A wszakże Chałubiński, to jeden z najstarszych, a Biegański, to „średni“ i to jeden z najlepszych tego pokolenia.

Na początku swej karyery, — *Sturm und Drang Periode*! — „średni“ walczyli ze starszymi, ale powoli antagonizm znikał, bo odnalazły się nici wiążące z przeszłością bo się okazało, że nowe prądy i nowe ideały nie wyskakują, jak Minerwa z głowy Jowisza, tylko są ewolucyą dawnych. „Średni“ mogą sobie powiedzieć śmiało, że zrobili, co do nich należało. Zrozumieli „ducha czasu“ i postawili czoło nieprzyjaznym okolicznościom, wśród których się znaleźli. Opanowali piśmiennictwo, zdobyli szpitale, bo na tem tylko polu można się było odznaczyć i służyć społeczeństwu. Powodzenie materyalne, które się stało udziałem wielu z nich, płynęło z tak czystych i etycznych źródeł — pracy, uzdolnienia, koleżeństwa, — że dodało otuchy młodszym iż tą drogą, pomimo warunków nieprzyjaznych, zdobywa się sławę i dobrobyt. Za ich to wpływem powstał nowy, więcej współczesny ideał, lekarzy-praktyków, pracujących naukowo. Jest to tylko pogłębienie dawniejszego ideału lekarza wykształconego, wychodzącego z dobrej szkoły, jakimi byli „najstarsi“. Uczonych w ścisłem znaczeniu tego słowa, ludzi oddanych czystej nauce, a zwłaszcza też twórców jakichś nowych idei, posuwających naprzód naukę lekarską, nie było prawie wśród starszych, a niema ich i wśród średnich. Może się znajdą wśród młodszych i najmłodszych. Tych ostatnich Biernacki charakteryzuje jako adogmatyków.

Adogmatyzm, — w znaczeniu nieszanowania powag, — jest w ogóle cechą młodości, — cechą, powiedzmy dodatnią, bo prowadzącą do samodzielności, krytycyzmu. W pogoni za ideałem prawdy młodość druzgocze po drodze wszelkie powagi, a w poczuciu własnej siły nie korzy się przed żadną uznaną wielkością. Tak było od początku świata! Adogmatyzm zaś w znaczeniu współczesnem, Sienkiewiczowskiem *(Bez dogmatu)*, t. j. brak wiary w to, co się robi, brak norm w ocenianiu faktów i ludzi, nie jest, niestety, wyłączną cecha najmłodszych. Tu każdy krytyk mógłby zawołać ze Słowackim: „mówię, bom smutny i sam pełen winy!“ Młodzi i najmłodsi niczem się jeszcze nie wyodrębnili: idą szlakiem, utartym przez bezpośrednich swoich poprzedników. Wybitniejsi, pracujący naukowo w szerszem znaczeniu tego słowa, cieszą się uznaniem i łatwiej, niż to było dawniej, zyskują poparcie moralne, a nawet pomoc materyalną, dla dalszej pracy. „Męczenników myśli“ widzimy coraz mniej, chwała Bogu. Nauczyliśmy się już szanować własnych proroków, tylko ci ostatni stają się coraz drażliwsi i nie znoszą cienia krytyki. Biernacki za ostro skrytykował najmłodszych, przedstawiając ich, jako bandę „adogmatyków“, włóczących się bez celu po oddziałach szpitalnych i pracowniach, nie umiejących pracować naukowo, piszących dla zdobycia sobie praktyki. Wiem, że autor sam tak nie myśli, ale rozgoryczenie jakieś podyktowało mu ten ponury obraz najmłodszego pokolenia lekarzy. Szkoda, że Biernacki choć jednem słowem nie wspomniał o całych zastępach młodych lekarzy, praktykujących na prowincyi. Tu postęp i zmiana na lepsze nie ulega najmniejszej wątpliwości. Proszę zajrzeć do niektórych szpitali prowincyonalnych, do towarzystw naukowych, proszę przejrzeć nasze pisma lekarskie, a przekonamy się, że młodsze i najmłodsze siły wiedzą, dokąd dążą i rokują jak najlepsze nadzieje. Jest to praca skromna, zawodowa i społeczna, nie naukowa; ale zaważy ona w historyi naszej kultury. Uwagi Biernackiego, co do wad redagowania naszych pism lekarskich, po większej części są słuszne. Rzeczywiście te małe parlamenty ze swemi stronnictwami i koteryami już się jakoś przeżyły i domagają się reformy. Dziwiło nas to zawsze, dlaczego wszystkie pisma nasze tak się wzorują niewolniczo na obraz i podobieństwo *Gazety lekarskiej*, której ustrój wewnętrzny w swoim czasie był rzeczywiście wzorowy, ale z biegiem czasu wykazuje dużo wad, domagających się reformy. Tu właśnie „najmłodsi“ mieliby pole do wykazania swojej odrębności, przeprowadzając odpowiednie ulepszenia w duchu czasu. W każdym razie możemy tylko czuć wdzięczność dla Biernackiego za poruszenie spraw żywotnych, w sposób zbyt może podmiotowy, ale szczery i zajmujący.

Prawdzic.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 28 Kwietnia.

* *VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.*

Czyniąc zadość życzeniom, wyrażonym przez lekarzy i przyrodników Warszawy, Lwowa i Krakowa, Komitet Gospodarczy uchwalił ostatecznie przełożyć termin Zjazdu na dzień 8, 9 i 10 Sierpnia.

W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty następujący prelegenci: 17) Dr. Bychowski z Warszawy: „Klatka piersiowa w świetle promieni Roentgena“; 18) Dr. Bogdanik z Biały: „Ciąża pozamaciczna 7 lat trwająca“; 19) Dr. Alfred Sokołowski: „Spostrzeżenia kliniczne nad zmianami chorobowemi w górnym odcinku dróg oddechowych przy

wadach zastawkowych serca“; 20) Dr. Rychliński: „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego“; 21) Prof. Dr. Nussbaum ze Lwowa: 1) „Badania nad morfologią języka u zwierząt ssacych; 2) Przyczynek do kwestyi wzmocnienia serca i naczyń krwionośnych u skorupiaków; 2) Badania nad rozwojem embrynalnym pasorzytnych równonogów (Isopoda) morskich“; 22) Dr. J. Strzemiński z Wilna: „Ophtalmia essentialis“; 23) Dr. M. Rajchman z Warszawy: „O przewlekłych biegunkach, rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu“; 24) Doc. Dr. Nowak i Lemberger z Krakowa: „Badania histologiczne i chemiczne nad kwestyą, czy istnieje zwyrodnienie tłuszczowe organów, czy też mamy tylko do czynienia z nacieczeniem tłuszczowem“; 25) Doc. Dr. Nowak i Dr. Piotrowski z Krakowa: „Zmiany w błonie śluzowej w macicy, w różnych stanach chorobowych, tak organów jak i macicy“; 26) Dr. B. Buszczyński z Krakowa: „Najnowsze badania nad meteorami i gwiazdami spadajacemi“; 27) Dr. Sędziak z Warszawy: „Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach centralnego nerwowego systemu“; 28) Dr. Biegański z Częstochowy: „Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia“; 29) Dr. Kijewski z Warszawy: „O resekcyi płuc“. 30) Dr. Kamocki (Warszawa): „O pochodzeniu barwika melanotycznych mięsaków oka“. Nadto zgłosili się z tematami Dr. Dydyński, Dr. Krajewski i Dr. Sawicki z Warszawy (tematy zastrzeżone).

* *Były prezes Towarz. lek. krak., Dr. Surzycki, doręczył nam następujący list do ogłoszenia:*

Kraków, 9 grudnia, 1897 r.

Wielce Szanowny Panie Prezesie!

Przed tygodniem oświadczył mi Pan, że grono kolegów łaskawych dla mnie i pragnących urządzić dla mnie uroczystość jubileuszową 30-letniego doktoratu, upoważniło Pana do poczynienia w tym kierunku przygotowań wstępnych. Dla tego zapytywał mnie Pan, czy się na obchodzenie tego jubileuszu zgadzam lub nie.

Odpowiedziałem Panu Prezesowi, że całą duszą wdzięczny jestem i pozostanę tym łaskawym kolegom, którzy zamiar powyższy podjęli, względnie łaskawie go przyjęli, za ich dla mnie życzliwość; co się zaś tyczy istoty rzeczy, im więcej o niej myślę, tem więcej obawiam się, że byłem w odpowiedzi mojej mało stanowczy i że wskutek tego i łaski Panów kolegów, mógłbym za dwa lata doczekać się jubileuszu, którego uniknąć pragnę. Więc dla tego dziś zabrałem się do pióra, stanowczo i usilnie prosząc o łaskawe zaniechanie wszelkich przygotowań w tej sprawie.

Wiele spraw w życiu mojem nie wypełniłem tak, jak zamierzałem; zasług więc mam faktycznie bardzo mało, a za te, jakie są, odebrałem od społeczeństwa już więcej uznania, niż zasłużyłem. Więc dość tego. Może mi Bóg jeszcze życia udzieli i pozwoli pracować dalej, a jak będą dalsze czyny godne uznania, to i ono nie minie. Na niewdzięczność ludzi ja się skarżyć nie mogę, tem mniej mi wypada łaskawość ich wyzyskiwać.

Proszę bardzo zrozumieć mnie i zastósować się do mojej uprzejmej prośby.

Kończę i t. d. *Dr. H. Jordan.*

Dla zrozumienia treści tego listu wyjaśnić należy, że grono kolegów krakowskich, biorąc asumpt z zbliżającej się 30-letniej rocznicy doktoratu prof. Jordana, zamierzało uroczystym jubileuszem uczcić jego obywatelską, zawodową i filantropijną działalność. List przytoczony nie pozostawia pola do apelacyi i życzeniu Czcigodnego profesora, wypowiedzianemu tak kategorycznie, stać się musi zadość. Nie będzie zatem uroczystej biesiady, nie będzie może nieco szablonowych mów i t. d., lecz pozostanie treść każdego, sprawiedliwie zasłużonego jubileuszu, t. j. samorzutny dowód uznania wzniosłych czynów wysoce uspołecznionej jednostki. przez wdzięczny i zobowiązany ogół.

* Dzienniki donoszą ze Lwowa, że wskutek zarządzenia namiestnictwa, odbyła się w tem mieście, jak co roku na wiosnę, inspekcya składów wód mineralnych. Rewizyi tej dokonał delegat biura sanitarnego magistratu, przy współudziale fizyka i chemika miejskiego. Komisya stwierdziła wszędzie stan zadawalniający, z wyjątkiem jednego gatunku wody, która prawie we wszystkich handlach okazała się do użytku nieprzydatną. Wobec faktu, że we wszystkich składach woda ta miała te same usterki, wina ciąży oczywiście na zarządzie zdrojowiska i polega, jak się okazało, na niezachowaniu należytej uwagi przy napełnianiu flaszek. Rzecz naturalna, że magistrat zarządził usunięcie tej wody z obiegu.

Z tego doniesienia łatwo wywnioskować, że woda ta musi mieć te same braki we wszystkich składach całego kraju, skoro przyczyna jej zepsucia tkwi w złem napełnianiu flaszek. Zachodzi więc pytanie, czy zarządzono powszechne zbadanie jej w całej Galicyi i ewentualne usunięcie z handlu? Pojmujemy dyskrecyę, że się nie wymienia zdrojowiska, które zawiniło, gdyż zakłady nasze w istocie potrzebują względności i życzliwej opieki; lecz z drugiej strony o wiele większą jeszcze pieczę winien mieć zarząd zdrowia publicznego nad społeczeństwem, zwłaszcza nad leczącymi się, niż nad pojedyńczym, w dodatku niedbałym, zakładem zdrojowym.

Znając gorliwość naszej administracyi sanitarnej, przekonani jesteśmy, że spełniła swój obowiązek i usunęła z obiegu poszlakowaną wodę.

* Ospa i dur osutkowy panowały w Galicyi, w miesiącu marcu, w następujących powiatach: ospa — w bialskim (1 gmina), bohorodczańskim (2), borszczowskim (3), brodzkim (2), brzeżańskim (4), buczackim (7), doliniańskim (1), gródeckim (1), horodeńskim (2), husiatyńskim (4), kałuskim (1), kołomyjskim (3), nadworniańskim (1), podgórskim (1), podhajeckim (18), rohatyńskim (9), ropczyckim (1), rzeszowskim (9), śniatyńskim (4), stanisławowskim (11), tłumackim (3), trembowelskim (5), zaleszczyckim (1), zbarażskim (1). Dur osutkowy: w powiecie bohorodczańskim (3), bocheńskim, dąbrowskim, dobromilskim, drohobyckim, gródeckim (po 1 gminie), husiatyńskim (3), jarosławskim (2), jaworowskim (8,) kolbuszowskim (5), limanowskim, lwowskim (po 1), mościskim (2), niskim, rawskim (po 3), samborskim (1), sanockim (3), śniatyńskim (3), sokalskim, tarnopolskim (po 3), trembowelskim (2), złoczowskim (4), żydaczowskim (2).

* Zupełnie słuszną potrzebą założenia drugiego uniwersytetu czeskiego na Morawach przejmują się coraz szersze warstwy narodu czeskiego: d. 17 b. m. odbyły się nader liczne zgromadzenia w Kolinie, Ołomuńcu, Przerowie, Hradcu królewskim i Pilznie, na których zapadły rezolucye, domagające się natychmiastowego otwarcia drugiego zakładu czeskiego dla wykładu wyższych nauk.

* Wiadomo, że w uniwersytetach niemieckich, z wyjątkiem Lipska, Giessenu i Rostocku, dyplom doktora medycyny, wydany przez władze uniwersyteckie, ma znaczenie tylko dokumentu akademickiego, a dla nabycia praw do wszelkiej działalności lekarskiej należy zdać egzamin przed specyalną rządową komisyą egzaminacyjną. Ta dwoistość dyplomów lekarskich została zniesioną 1-go b. m., a pozostaje tylko dyplom jednego typu, którego, po zdaniu egzaminu, udzielać będą władze

* Sędziwy prof. Gurlt obchodził 19 b. m. 50-letni jubileusz swego doktoratu.

Mianowani: Nadetatowy ordynator kliniki położniczej Uniwers. warszawskiego, Dr. St. Gaszyński, został lekarzem asystentem przytułku położniczego Nr. 3. Dr. W. Szumlański mianowany zarządzającym ambulatoryum szpitalnego na Pradze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Worms — członek Akademii lekarskiej w Paryżu. Głośny pedyatra angielski, Dr. West, l. 87, w Paryżu. Dr. Seguin, neuropatolog amerykański, w Nowym Yorku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 4-go Maja, to jest we środę o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym wygłoszą odczyty:

1) Kolega Prof. Dr. Wachholz: „O formalnych przewinieniach lekarskich“.

2) Kol. Dr. Starzewski (z Tarnowa): „O zapobieganiu gorączce połogowej i przyrannej“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**